

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE ^{N°}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

La Psychomotricité Pathologique

Essai sur les troubles psycho-moteurs
dans les maladies mentales

PAR

Hugues BERNADOU

Interne des Asiles de la Seine

Président : M. le Professeur HENRI CLAUDE

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	REITERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GUENIOT	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CLERC	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	VILLARET
DESMAREST	TINE	OKINCZYK	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

LE PROFESSEUR E. RÉGIS

Correspondant National de l'Académie de Médecine

A LA MEMOIRE

DU PROFESSEUR E. DUPRÉ

Membre de l'Académie de Médecine

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

*Professeur des maladies mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur*

Avec l'expression de notre profond
respect et l'hommage de nos
remerciements,

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE

A MM. LE DOCTEUR EMILE BITOT

LE DOCTEUR A. VENOT

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

*Professeur d'hygiène et de clinique de la première
enfance à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

*Professeur de Médecine légale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine*

A MES MAÎTRES DE L'INFIRMERIE SPECIALE
ET DES ASILES DE LA SEINE

MM. LE DOCTEUR G. DE CLERAMBAULT

LE DOCTEUR A. MARIE

LE DOCTEUR G. HEUYER

Chef de Clinique à la Faculté de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR B.-J. LOGRE

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR HALLEZ

Chef de Clinique à la Faculté de Paris

PRÉFACE

Ce travail ayant été entrepris sous l'inspiration de notre maître, le Docteur B.-J. LOGRE, qui a, en outre, bien voulu nous prodiguer, tant de fois, ses conseils autorisés, nous adressons à l'auteur des « *Anxieux* » l'hommage de nos vifs remerciements et de notre plus profonde reconnaissance.

Nous devons aussi remercier les Docteurs J. FROMENT, G. DE CLÉRAMBAULT, HEUYER, qui nous ont permis de considérer dans bien des cas, le problème de la **psychomotricité**, lorsque, il y a près d'un an, pensant appliquer une méthode générale à de nombreux chapitres de pathologie nerveuse et mentale, nous avons eu recours à leur extrême obligeance. Mais, en creusant un peu le sujet, nous nous sommes rendu compte qu'il était immense, et nous avons dû revenir de nos excessifs projets du début, pour les réduire à l'essentiel, intime aperçu d'un magnifique champ d'études.

Paris, le 5 mai 1922.

H. B.

GÉNÉRALITÉS

Il existe une **psychomotricité normale** étudiée par les psychologues. Elle nous apprend qu'à chaque état psychique se rattache une certaine activité motrice. Ce sera le grand mérite de Ribot de nous avoir montré que, dans le psychisme : dans l'attention et dans la volonté..., il y a du mouvement.

A côté de cette **psychomotricité physiologique**, existe une **psychomotricité pathologique** ou clinique, complexe, mais intéressante, qui a été ébauchée par les neurologistes et les psychiatres contemporains : DUPRÉ, CLAUDE, BABINSKI, LOGRE, etc... Elle est encore mal connue ; néanmoins elle offre des données suffisantes pour qu'on puisse, dès maintenant, en esquisser l'étude générale, en formuler la méthode clinique, en présenter l'intérêt et les applications.

La notion de **psychomotricité**, en neuro-psychiatrie, est une conception générique englobant des manifestations très diverses. Rien n'est plus différent, par exemple, que la psychomotricité de l'**hystérie** et celle de l'**épilepsie**. Il faut donc faire des distinctions par-

mi les **troubles psycho-moteurs**. En pathologie, le terme de **psychomotricité** paraît devoir s'appliquer à la coexistence d'un trouble moteur et d'un trouble psychique, présentant suffisamment de caractères communs, de ressemblance, d'étroite union, pour constituer un **couple synergique** ayant une certaine individualité clinique. Tels sont les cas du **couple débilité mentale et débilité motrice**, de l'**attitude de l'esprit et des manifestations motrices dans l'hystérie**, de la **tachyphémie stéréotypique de Claude dans la maladie de Parkinson**, du **rire et du pleurer pseudo-bulbaires...** etc.

A priori, les **couples psycho-moteurs** peuvent être de trois sortes :

1°. — Le trouble moteur et le trouble psychique peuvent être simultanés, mais sans échange d'influences appréciables, chacun existant pour son propre compte. Ce mode est représenté par le **parallélisme cinétopsychique** de DUPRÉ. Le type en est l'association : *débilité mentale et débilité motrice*, où, comme on le verra plus loin, les rapports de simultanéité et d'analogie l'emportent de beaucoup sur les répercussions que peuvent exercer ces troubles l'un sur l'autre. Ils restent simplement **parallèles**.

2°. — Le trouble psychique peut déterminer le trouble moteur. Le trouble moteur est alors comme une extériorisation du trouble psychique dont il revêt les caractères. Sans le trouble psychique, le trouble moteur n'existerait pas. C'est comme si un courant, partant de la zone psy-

chique, commandait aux zones musculaires. Faute d'un terme meilleur, nous réserverons le nom de **trouble psycho-moteur centrifuge** à cette seconde modalité. Le type en est l'*hystérie*, telle qu'elle est aujourd'hui conçue. Dans le *pithiatisme*, en effet, l'état mental fait tout ; le système moteur obéit docilement au trouble psychique et l'on guérit celui-là par celui-ci.

3° A côté du trouble psycho-moteur centrifuge, on peut enfin admettre la possibilité d'un **retentissement psycho-moteur** de sens inverse, c'est-à-dire **ascendant ou centripète**. Le trouble mental apparaît alors comme la conséquence d'une décharge motrice sur le psychisme, auquel elle semble imposer ses particularités pathologiques. Le trouble psychique serait ainsi, sinon totalement et toujours produit par le trouble moteur, en tous les cas influencé par lui dans une large mesure, et au point que l'on peut retrouver, dans les manifestations mentales, comme la résonance des caractères propres au trouble moteur. L'*épilepsie mentale* avec son début explosif, ses réactions automatiques, stéréotypées, aveugles et brutales, qui sont à l'image des convulsions, illustrera cette troisième modalité, la plus intéressante, la moins connue, et pour ce motif celle sur laquelle nous insisteront tout spécialement.

La psychomotricité pathologique comprend donc *trois ordres de rapports ou trois subdivisions élémentaires* :

- 1°. — Une psychomotricité parallèle ;
- 2°. — Une psychomotricité centrifuge ;
- 3°. — Une psychomotricité centripète.

Nous pensons que l'on peut retirer de cette classification le bénéfice d'une **méthode** utile en neuro-psychiatrie.

C'est une **méthode d'observation clinique** : elle incite à observer, en même temps que les symptômes, les relations qui existent entre les troubles moteurs et les troubles psychiques d'une affection. Il en résulte une compréhension nouvelle de la maladie qui peut être schématiquement représentée par ses couples psychomoteurs.

C'est une **méthode d'investigation**. Certaines affections, en apparence éloignées, peuvent être rapprochées. Nous verrons, par exemple, la **psychomotricité centripète** grouper des affections telles que : la *manie*, l'*épilepsie*, la *chorée*, la *démence précoce*, la *maladie de Parkinson*, la *paralyse pseudo-bulbaire*, l'*encéphalite léthargique*... et, ainsi suggérer l'**hypothèse** d'une analogie entre leurs localisations, fonctionnelles ou lésionnelles selon les cas, hypothèse peut-être bien audacieuse, mais de nature à inspirer des recherches anatomo-pathologiques.

C'est enfin une **méthode qui a un intérêt thérapeutique**. L'utilité de la distinction des troubles moteurs se retrouvera dans l'application d'un traitement rationnellement dirigé, d'abord et surtout, contre l'élément causal du trouble psychomoteur.

Pour être complet, un **essai sur la méthode psychomotrice** devrait embrasser toute la neurologie et toute la psychiatrie ; il consisterait à dresser le tableau des manifestations psychomotrices élémentaires

que comprend chaque affection, en leur conservant leur importance hiérarchique et en mettant ainsi en relief la modalité prédominante. Il n'est pas besoin d'insister pour faire remarquer qu'un pareil travail n'entrerait pas dans le cadre restreint d'une thèse. Nous ajouterons qu'il nécessiterait, d'ailleurs, une compétence et une expérience que, bien naturellement, nous nous empressons de décliner. Nous ne traiterons donc pas, nous amorcerons seulement les grands chapitres que nous paraît comporter un tel sujet. Nous ne tenterons pas l'émunération complète des cas qui s'y rattachent. Pour que notre étude reste fructueuse, nous choisirons quelques maladies ou syndromes neuro-psychiatriques, ceux qui nous paraissent le plus favorables à la démonstration de la méthode. Nous n'apportons pas d'observation personnelle ; les faits dont nous parlerons sont connus ; ils sont épars dans les travaux de MM. DUPRÉ, CLAUDE, BABINSKI, LOGRE..., pour ne citer que ceux-là, dont nous ne cesserons d'ailleurs de fournir les références.

Ce travail ne vise donc à l'originalité et à l'intérêt, que comme **esquisse** et **mise au point générale** d'une **méthode** tout à fait d'actualité, touchant, d'un côté, aux recherches passionnées que provoquent de toutes parts les découvertes récemment faites sur *la maladie de Parkinson* et *l'encéphalite léthargique*.

Qu'il nous suffise de montrer le bien fondé de la psychomotricité, telle que nous l'avons subdivisée, comme moyen d'observation et d'investigation, intéressant et pratique ; et, si nous avons réussi, nous serons

heureux de pouvoir répéter cette pensée de PASCAL :
« *Ne dites pas que je n'ai rien fait de nouveau, la disposition des matières est nouvelle* ».

PARALLÉLISME PSYCHOMOTEUR

Débilité mentale et débilité motrice

Ainsi que DUPRÉ l'a fait observer, la **débilité mentale** s'accompagne, généralement, d'un certain état de raideur musculaire ou **débilité motrice** et constitue le type du **parallélisme cinéto-psychique**.

Qu'il s'agisse d'idiotie, d'imbécillité ou de débilité mentale simple, l'examen clinique d'un débile ne consiste donc pas seulement à rechercher l'**incomplétude intellectuelle** : insuffisance de la mémoire et de l'attention, pauvreté du jugement et du raisonnement, troubles de l'affectivité et du caractère..., il doit porter, en outre, sur la **motricité** et, alors, il révèle ordinairement l'existence d'un plus ou moins grand nombre de signes qui sont : l'hypertonie ; l'impossibilité de réaliser volontairement le relâchement musculaire (*paratonie* de DUPRÉ), mis en évidence par le *phénomène* de « la chute des bras » de MEIGE et la *manœuvre* du « bras

mort » de DUPRÉ ; les syncinésies, une maladresse constitutionnelle : incertitude et hésitation des mouvements, (idiotie motrice de DUPRÉ), la tendance à la conservation des attitudes (cataleptibilité), la débilité motrice palpébrale (MERKLEN), l'énurésie infantile (MERKLEN), la persistance du S. de Babinski au delà de l'enfance, la surréllectivité tendineuse.

Il est donc de règle qu'à l'arriération mentale soit liée une arriération motrice. Ces deux troubles, calqués sur un même modèle, sont comme les deux faces parallèles d'un même état : la débilité. Ils se ressemblent donc par leur origine commune, qui est, plus précisément, un trouble dans le développement des cellules corticales, une infériorité simultanée « *du cerveau moteur et du cerveau psychique* ». Ils se ressemblent aussi cliniquement : à la maladresse motrice correspond une maladresse mentale, et les deux affections associées concourent à fournir l'expression niaise et gauche du débile. RÉCIS étiquetait : « *infirmité psychique* » la débilité mentale qu'il comparait ainsi aux infirmités des membres. C'est bien le cas de dire, avec DUPRÉ, que « *les troubles intellectuels peuvent s'exprimer dans un langage emprunté à la description de la pathologie motrice et qu'on peut, réciproquement, traduire en termes psychologiques les troubles de la motilité* ».

Débilité mentale et débilité motrice sont donc deux troubles semblables, **parallèles**, gardant chacun leur individualité, sans présenter d'**interréactions** bien importantes. Cependant, on remarquera que

ces deux ordres d'affection peuvent exister séparément, *se dissocier* en quelque sorte. De même qu'on voit des imbéciles dont les mouvements sont normaux, n'y a-t-il pas des gens intellectuellement bien doués, des génies même, qui toute leur vie sont physiquement gauches et maladroits ? La **maladie de Little** peut ainsi coexister avec un psychisme normal.

D'autre part, le couple **débilité mentale** et **débilité motrice** n'est pas absolument dépourvu d'**interréactions psychomotrices** ; le trouble moteur peut être accru par le trouble psychique et l'insuffisance intellectuelle peut expliquer la maladresse de certains actes : la raideur musculaire, par exemple, porte obstacle à certaines acquisitions intellectuelles en ne prêtant qu'un concours défectueux aux organes sensoriels. Mais ces interréactions sont légères, d'un intérêt secondaire, et la formule psychomotrice essentielle de la débilité n'en reste pas moins le **parallélisme**.

Quelques conséquences pratiques se dégagent de ces considérations. Le clinicien qui étudie la **débilité mentale** doit rechercher les signes de la **débilité motrice**, et inversement ; l'une fait soupçonner l'existence de l'autre.

Au point de vue du **diagnostic**, l'association : débilité motrice et débilité mentale, pourrait être confondue, si l'on n'était prévenu, avec une *démence précoce catatonique*.

Les formules psychomotrices différentes de ces deux

sortes d'affections permettront de trancher la difficulté. La *démence précoce* a une psychomotricité complexe, où entrent, comme nous le verrons, une forte proportion d'**interréactions à prédominance centripète**.

De l'appréciation des signes moteurs, dépendra enfin l'**utilisation sociale du débile**. Un débile psychiquement très arriéré, mais adroit de ses mains, peut faire un bon manœuvre ; s'il est de plus, un débile moteur prononcé, son emploi devient très difficile, parfois impossible.

Enfin, le **traitement** s'inspirera du parallélisme et s'efforcera d'être mixte : moteur et psychique. C'est le but que, dans un travail en préparation, se proposent MM. HEUYER et PERNET. Ces auteurs entreprennent la culture du sens musculaire chez les débilés ; ils les exercent à soupeser les objets, à en reconnaître la forme par le seul toucher, puis, ils les apprennent à exécuter des mouvements délicats en vue du développement de l'adaptation motrice.

La débilité s'accompagne en général de signes de la **déséquilibration psychomotrice** où l'on retrouve le **parallélisme**.

A ce sujet, nous ne saurions mieux faire que de rapporter les phrases de DUPRÉ lui-même : « *Le déséquilibré congénital de la motilité, associé ou non à la débilité motrice, se traduit par les tics, les spasmes, les tremblements, les stéréotypies, les catalepsies, la catatonie, les myoclonies, les chorées, l'agitation motrice*

congénitale continue, l'instabilité permanente, qui, soit spontanément, soit sous l'influence de chocs émotifs ou d'atteintes organiques légères, apparaissent comme les manifestations précoces, récidivantes, souvent chroniques d'un déséquilibre moteur fondamental ; maintes fois, ce déséquilibre moteur s'associe à des états psychopathiques, plus ou moins graves, de débilité, de dépression ou d'excitation, d'anxiété et d'obsession, et enfin, de délire ou de démence.

« Ainsi se vérifie, dans leur étiologie, leur symptomatologie, leur valeur diagnostique et pronostique, le parallélisme des manifestations motrices d'une part, et psychiques d'autre part, en rapport avec l'insuffisance et le déséquilibre constitutionnel des zones corticales voisines.

« Ce parallélisme s'accuse dans les associations suivantes : débilité mentale avec débilité motrice, par agénésie corticale commune et étendue ; déséquilibre psychique avec déséquilibre moteur, chez les tiqueurs, phobiques et obsédés ; tremblements et spasmes chez les émotifs et anxieux ; mobilité et labilité de l'esprit et de l'humeur, associées à l'agitation et à l'instabilité de la mimique et de la musculature, chez les choréïques... »

Enfin, la **psychomotricité parallèle** peut s'appliquer aux infirmités de la vieillesse, comparées par RÉGIS, sous le nom d'**infirmité d'involution**, aux troubles congénitaux du développement.

« Ce parallélisme cinéto-psychique, ajoute DUPRÉ, se retrouve également dans la pathologie mentale acquise, au cours des encéphalopathies infantiles, des démences

organiques, paralytiques et séniles, où les désordres et l'affaiblissement progressifs de l'esprit et du mouvement témoignent de l'étroite parenté qui relie, à l'état normal comme dans l'infinie variété des états anormaux, l'activité psychique et l'activité motrice ».

PSYCHOMOTRICITÉ CENTRIFUGE

Hystérie

L'hystérie est le type des affections à **psychomotricité centrifuge**, c'est-à-dire de celles où le trouble psychique est le point de départ d'une **répercussion descendante** déterminant un trouble moteur.

Comme l'avait observé CHARCOT, l'hystérie est une maladie mentale. Cette assertion s'est amplifiée de nos jours et BABINSKI, pour dissiper toute équivoque, a donné à la maladie le nom de **pithiatisme**, la réduisant à un ensemble de signes « *qu'il est possible de reproduire par suggestion et de faire disparaître par persuasion* ».

L'hystérie, disposition imaginative et suggestibilité, suivant DUPRÉ est « la simulation » plus ou moins involontaire « de syndromes pathologiques ». C'est une « *mythoplastie* » plus ou moins inconsciente, souvent favorisée par une émotion de moyenne intensité, sans qu'il faille confondre la **constitution émotionnelle** et l'hystérie

L'Hystérie nous apparaît donc comme étant de nature

psychique et produisant des manifestations motrices anormales, celles-ci pouvant être positives, comme les contractures, les spasmes, les tremblements, les secousses, les attaques, les attitudes anormales, les « cramptomies » ou négatives, comme les impotences et les paralysies.

Les accidents hystériques sont d'ailleurs le plus souvent suggérés par l'interrogatoire du médecin. Grâce aux précautions prises dans les examens de malades, depuis quelques années, il semble que les phénomènes pithiatiques soient devenus beaucoup plus rares. Il a fallu la guerre pour leur redonner un regain d'actualité, en dehors de quoi, ils ne se rencontraient presque plus que dans les accidents du travail. En tous les cas, on dirait que l'idée imaginative va affleurer à la surface du corps et s'y concrétiser sous forme d'anomalie motrice.

Au congrès de Genève-Lausanne, en 1907, M. CLAUDE a précisé le fait : l'hystérie est « *une image qui s'isole et qui se fixe* ».

FREUD reconnaît aussi l'importance du courant psychomoteur centrifuge, lorsqu'il admet que la crise hystérique est « *une comédie mimée* » qu'il considère comme un équivalent du coït.

La manifestation motrice réalise très exactement la représentation imaginative du sujet, elle en partage les erreurs. « *L'hystérique présente son syndrome parce qu'il l'imagine, tel qu'il l'imagine et dans la mesure stricte où l'imagination peut le réaliser* » (LOGRE).

Les manifestations hystériques ne sont qu'un démar-

quage d'autres affections à syndromes objectifs, empruntées soit à autrui (*hétéro-suggestion*), soit au sujet lui-même (*auto-suggestion*).

L'**attaque hystérique**, par exemple, est la reproduction pithiatique du *grand accès émotif* qui, d'ailleurs, peut se produire réellement sur le terrain de l'hystérie et donner lieu à l'auto-suggestion ; auquel cas se vérifie le mot de LASÈGUE : « *On ne simule bien que ce que l'on a* ».

Bien qu'elle soit essentiellement **centrifuge**, l'**hystérie** admet, dans certains cas, l'adjonction d'une **influence psychomotrice centripète**. Il en est ainsi, par exemple, lorsqu'elle complique le **trouble physiopathique** qui est « *son associé idéal* ». (On sait que le trouble physiopathique ou réflexe, décrit par MM. BABINSKI et FROMENT, est un trouble organique, confirmé par la plupart des neurologistes, en particulier par MM. CLAUDE, CLOVIS VINCENT, etc...) En s'ajoutant au trouble physiopathique, elle l'imité et le renforce.

Les observations de ROUSSY, BOISSEAU d'OESLITZ, ont permis de remarquer que cette association est parfois si intime qu'il est très difficile, à un moment donné, de faire la part entre ce qui revient à l'hystérie et ce qui appartient au trouble réflexe. C'est que les contractures réelles du syndrome physiopathique, « *mains figées* » et « *pieds bots* », peuvent être en grande partie reproduites par la volonté. Elles peuvent inspirer la mythomanie hystérique et exercer ainsi une **influence centripète** qu'il ne faut cependant pas confondre avec la **psycho-**

motricité essentielle, **centrifuge**, de l'**hystérie** elle-même.

Le courant centripète de l'auto-suggestion n'est, dans l'hystérie, qu'une influence accessoire et inconstante, puisque l'hétéro-suggestion peut la remplacer.

Ce que nous venons de dire de l'**association hystéro-physiopathique** s'applique d'ailleurs à toutes les **associations hystéro-organiques**.

L'**hystérie** est donc toute entière dans un courant psycho-moteur qui, partant d'une attitude anormale de l'esprit, va actionner la musculature pour réaliser des attitudes motrices et des mouvements anormaux. Elle est l'exemple par excellence des affections à **psychomotricité centrifuge**. Ce caractère permet de la différencier des maladies qu'elle imite, notamment de la *démence précoce*, avec laquelle on la confondait si souvent autrefois. Contrairement à l'**hystérie**, la *démence précoce* est une psychomotricité complexe dans laquelle le **courant centripète** est la modalité la plus importante et la plus caractéristique.

La psychomotricité de l'hystérie trouve enfin son utilisation, en même temps que sa démonstration, dans son **traitement**. Il suffit, en effet, de s'adresser au psychisme, de pratiquer la « *contre suggestion* », de réaliser la persuasion, pour faire disparaître le trouble moteur. L'hystérie est ainsi essentiellement curable : toutes les méthodes thérapeutiques sont à ce titre susceptibles de lui convenir.

PSYCHOMOTRICITÉ CENTRIPÈTE

Manie

Avec la **manie**, nous entrons dans un groupe d'affections à **psychomotricité complexe** où le plus curieux des courants psychomoteurs, la **répercussion centripète**, apparaît, pour devenir, dans certains cas, prépondérant. Le plus souvent, la manie étant de moyenne intensité, l'excitation psychique et l'agitation motrice figurent, semblables et simultanées, dans une **psychomotricité parallèle**. Elles laissent cependant soupçonner l'intrication d'**influences centrifuge et centripète**.

A priori, en ce qui concerne la **répercussion centripète**, on peut se demander si l'agitation motrice n'expliquerait pas, dans une certaine mesure, l'excitation psychique, la multiplicité et la rapidité des associations, la volubilité... N'y a-t-il pas, dans l'esprit du maniaque, des caractères de mobilité et de promptitude qui sont en quelque sorte la traduction et la conséquence du trouble moteur? N'existe-t-il pas, à l'image de l'agitation motrice, un mouvement exagéré de la pensée ?

Il paraît au moins logique d'admettre que la variabilité psychique est influencée par le besoin de mouvement qui est dans l'accès maniaque. Il y aurait là, une **répercussion centripète** de l'hypertonie et de l'hyperexcitabilité musculaires, qui nous aiderait à comprendre le trouble mental. Ce courant devient manifeste dans les formes très agitées : on y voit l'expansion motrice l'emporter sur l'excitation psychique, et, n'arrivant plus à suivre l'accélération motrice, l'esprit rester un peu comme à la remorque. *Dans les accès les plus intenses*, le psychique est complètement submergé par le moteur : au lieu d'idées, la parole ne rend plus que des fragments de phrases décousus et des mots... C'est bien la « *fuite des idées* » bousculées et désordonnées, que leur vitesse et leur succession tronquent, disloquent, et laissent à l'état d'ébauches. Le mouvement dans le débit a pris une avance si considérable sur l'élaboration intellectuelle, qu'à un moment donné, l'activité psychique disparaît derrière l'activité motrice ; les pensées n'ont plus le temps de se préciser, de prendre une forme verbale ; la parole, méconnaissable, se réduit à des mots inarticulés, à des cris ! La gaieté et la tristesse elles-mêmes s'éteignent dans cette agitation. L'esprit finit par être d'une monotonie et d'une pauvreté, toutes relatives il est vrai, et moins accusées que dans l'épilepsie, mais suffisantes pour nous montrer que la manie est moins une excitation de la pensée que de ses moyens d'expression.

Il peut en être de même de certains états d'excitation

d'origine toxique : **cocaïnisme** et **éthérisme** par exemple, où l'on voit l'excès de force et d'activité musculaires déborder sur le psychisme et pousser le sujet à se quereller et à frapper (G. DE CLÉRAMBAULT). C'est une vraie *folie musculaire*, que la nature convulsive du toxique rapproche de l'agitation épileptique.

Dans tous ces cas, le trouble moteur dépasse en intensité le trouble mental et semble lui communiquer son accélération, sa variabilité désordonnée et son énergie.

Dans la **manie** et dans les **états maniaques** en général, on peut donc admettre, au moins, une tendance à la psychomotricité **centripète** qui nous explique les réactions générales de la maladie, et notamment, comment un maniaque, enjoué et lucide, peut subitement devenir dangereux. L'agitation motrice, dans les formes agitées et convulsivantes, est une des raisons principales de l'agressivité.

Le **courant psychomoteur centripète**, que nous verrons prendre plus d'importance dans les chapitres qui vont suivre, permet, grâce à ses degrés et à ses caractères cliniques, de ne pas confondre l'excitation de la *manie périodique* avec l'*excitation maniaque symptomatique* d'autres affections, en particulier de l'*épilepsie*. En effet, dans la *manie* proprement dite, pour aussi instable et brouillon que soit l'esprit, il n'est pas complètement annihilé ; il est seulement submergé par le désordre moteur, dans les grandes agitations : aussi, les actes des maniaques sont-ils moins graves que ceux des épilep-

tiques, dont l'inhibition psychique et le défaut de contrôle sont extrêmement prononcés.

Au point de vue **thérapeutique** la notion de courant centripète nous invite à ne pas négliger de traiter l'excitation motrice dans la manie. A cet effet, on peut par exemple employer les bains chauds, qui sont, à la fois, calmants du moteur et du psychique ; il faut au contraire proscrire le plus possible les liens et les sangles qui ont pour effet, en excitant la musculature, d'augmenter le trouble de l'esprit.

Épilepsie mentale

Dans l'**épilepsie mentale**, on observe à chaque instant la prédominance des troubles moteurs sur les troubles psychiques. C'est ce qui ressort bien de l'étude générale, très documentée, de PAUL CAMUS (*Paris Médical* 1912). Il est à remarquer, de plus, que les troubles mentaux épileptiques ont les mêmes caractères généraux que les attaques convulsives dont ils sont les équivalents, les prodromes ou les accidents consécutifs.

Déjà, dans l'*attaque banale de l'épilepsie essentielle*, le trouble moteur convulsif est un élément positif, tandis que dans le trouble psychique, la perte de connaissance, est un élément négatif. Même dans l'**absence**, qui est la forme typique de l'*épilepsie*

akinétique, toute motricité n'est pas abolie. En effet, FÉRÉ a mis en évidence, à côté de la pause de l'activité mentale, l'existence de légères contractions musculaires suffisantes pour déplacer des objets et projeter à terre, à quelque distance, une règle ou une baguette. L'importance des troubles moteurs s'accuse davantage dans le **vertige** où ils consistent en secousses, grimaces, mouvements de rotation et chute.

Si l'on étudie les **troubles mentaux épileptiques**, on y observe des particularités qui, pour une notable part, semblent avoir des affinités avec les troubles moteurs de l'**épilepsie convulsive**.

Ils semblent résulter d'un envahissement du psychisme par les mouvements comitiaux. Ce **phénomène psychomoteur centripète** est net dans les formes d'**épilepsie mentale** qui comportent une diminution ou une suppression de l'activité psychique. Dans la *période post-paroxystique* qui suit certaines « **absences** » et certains « **vertiges** » par exemple, il se manifeste par un désordre, moins psychique que moteur, fait de rêvasserie, d'obnubilation, d'impulsions motrices, et, chose importante, de répétitions stéréotypées de mots et de phrases dépourvus de sens. On aperçoit, dans ces stéréotypies et dans ces impulsions, l'influence du trouble moteur convulsif sur les manifestations psychiques.

La **confusion mentale épileptique**, présente une raréfaction considérable des opérations intellectuelles ; on les dirait entravées par le génie moteur : les perceptions sont fragmentaires, les observations

incomplètes, la compréhension obtuse. La parole n'est, le plus souvent, qu'un ressassement de formules isolées souvent vides de sens. « *Cette pauvreté des idées, et cette répétition des mêmes phrases constituent un caractère important pour le diagnostic de cet état de confusion mentale* » (CAMUS). *Pauvreté intellectuelle, stéréotypies verbales*, sont donc des phénomènes assez particuliers à l'**épilepsie mentale**.

Non seulement la parole, mais les gestes, la mimique, procèdent d'une intelligence peu vive et restent mal adaptés, monotones, stéréotypés. Dans les gestes comme dans la parole, on chercherait en vain une pensée directrice un peu profonde : on n'y trouve que du mouvement.

Les formes d'excitation psychique de l'**épilepsie** comportent, de même, une part dominante de motricité, d'automatisme, où les centres psychiques supérieurs restent en grande partie inhibés et soumis aux lois de l'excitation kinétique. L'excitation légère du « **petit mal intellectuel de Faïret** » est une agitation peu cohérente, sans but, avec loquacité, propos inopportuns, cris, et, ici encore, répétitions stéréotypées et indéfinies des mêmes mots et des mêmes phrases, les caractères psychiques les plus saillants étant les attributs de la force aveugle et brutale propres au trouble moteur : l'irritabilité et la violence.

Le « **grand mal intellectuel de Faïret** » ou « *fureur épileptique* », éclate par un débordement de violences motrices, presque pas psychiques, où le ma-

lade, sans raison, bouscule les personnes, renverse les meubles, déchire les objets en petits morceaux, s'irrite des résistances qu'on lui oppose, se précipite aveuglément contre les gens qui se trouvent devant lui. Jouet de décharges impulsives, vrai pantin moteur, il commet des actes d'une brutalité inouïe, notamment des attentats homicides : les forces décuplées, il porte un grand nombre de coups, faisant souvent plusieurs victimes ; il s'acharne sur leur cadavre que la persévération de son geste larde, mutile et dépèce, et ne s'arrête qu'exténué ; quand il a recouvré la raison, il ne se rappelle pas ce qu'il a fait.

Des suicides, aussi irraisonnés et amnésiques, peuvent être tentés. MAGNAN rapporte qu'un homme de 20 ans, place de la Bastille, après s'être plongé subitement un couteau dans la poitrine, fut tout étonné de l'acte qu'il avait pu commettre. Un autre, près du Châtelet, ayant sauté dans la Seine, présenta le même étonnement lorsqu'on l'eut retiré de l'eau,

On dirait que toutes ces manifestations comportent, par leur début brusque, leurs violences, leurs stéréotypies et l'amnésie consécutive, une sorte de soumission du psychisme aux perturbations motrices. Les mêmes caractères s'observent dans les crises paraphasiques, dans les états paroxystiques : frayeurs, anxiétés, vols, dipsomanie, attentats à la pudeur, qui sont considérés comme les équivalents, les prodromes ou les suites de l'attaque.

L'automatisme ambulateur, les fugues, présentent ces

particularités dominantes de déclenchement soudain, avec répétitions stéréotypées continuelles et absence d'idée claire de but. Dans certains voyages longs et difficiles, où l'attention de l'épileptique est cependant suffisante pour éviter les obstacles, même lorsque l'amnésie reste incomplète, comme dans les cas signalés par CLAUDE ET BAUDOIN, c'est encore l'automatisme et la stéréotypie des mouvements qui caractérisent l'accès.

En résumé, quand on étudie l'**épilepsie mentale**, on ne peut s'empêcher d'être frappé de l'analogie qui rattache les troubles psychiques aux déchaînements convulsifs. Comme les convulsions, les manifestations mentales se manifestent brusquement, se répètent toujours identiques chez un même malade. Comme les contractions cloniques, elles sont irrésistibles, persévérantes, paroxystiques. La formule du trouble moteur se retrouve dans les réactions médico-légales, dans ces agressions immotivées qui ont pour règle la multiplicité des coups et un déploiement considérable de mouvement et de force.

Le trouble psychique rentre, ainsi, dans la **modalité psychomotrice centripète**, dont il peut être considéré à juste titre comme un des meilleurs exemples.

On pourrait étudier, à côté de l'**épilepsie**, certains troubles mentaux produits par les **toxiques convulsivants**; on y surprend l'excitation du psychisme par le trouble moteur. Il en est ainsi dans les formes *pseudorabiques* de l'**absinthisme** et de l'**éthérisme**, où les

spasmes convulsifs des muscles masticateurs conduisent le malade à mordre.

Sans doute, les **autres modalités: parallèle et centrifuge**, existent dans l'épilepsie mentale, mais elles y restent d'un intérêt secondaire. C'est la **psychomotricité centripète** qui nous aide le mieux à comprendre ce que les troubles mentaux épileptiques ont de spécial, en quoi une **confusion mentale ou une manie comitiales** diffèrent de *la manie ou de la confusion mentale ordinaires*. Les éléments intellectuels sont beaucoup plus réduits dans l'épilepsie : la confusion, l'égarément, l'hébétude, y sont plus profonds. Quant à l'excitation, elle est, dans l'épilepsie, plus monotone, plus aveugle et plus impulsive que dans la manie essentielle ; autrement dit, l'emprise du psychisme par le moteur y est plus prononcée. **Les stéréotypies verbales de l'épilepsie** sont analogues à *la tachyphémie stéréotypique de Claude* dans les syndromes parkinsoniens, mais il est à remarquer que les observations du Professeur CLAUDE ont relevé, dans la *maladie de Parkinson*, un état de lucidité assez marquée qu'on ne rencontre généralement pas dans les syndromes comitiaux. C'est en quoi, bien que semblables, ces deux sortes de troubles se séparent l'une de l'autre.

Nous verrons plus loin que le **diagnostic différentiel** de l'épilepsie peut se poser avec les stéréotypies de la *démence hébéphréno-catatonique*, qui a, elle aussi, ses particularités psychomotrices centripètes. Enfin, en raison de sa répercussion centripète, le trai-

tement de l'épilepsie psychique ne perdra pas de vue la nature essentiellement motrice du mal. C'est sans doute pour cette raison que le bromure et le gardénal, calmants par excellence de l'excitation motrice, sont, dans les formes mentales, des médicaments de choix.

Chorée

Des troubles psychiques très variés ont été signalés dans les diverses formes de **chorée**. Ce sont les « *folies choréiques* » des anciens auteurs. Bon nombre de ces observations n'intéressent pas la **psychomotricité**.

Nous pouvons cependant relever, dans la chorée, un **parallélisme psychomoteur** énoncé par DUPRÉ ; c'est une « *mobilité et labilité de l'esprit et de l'humeur, associées à l'agitation et à l'instabilité de la mimique et de la musculature.* » Mais, nous nous apercevons qu'il doit y avoir plus, à savoir, des **interréactions psychomotrices** : soit des **manifestations centrifuges**, soit, plus particulièrement, un **retentissement centripète**.

La **chorée** est avant tout une affection motrice qui consiste, d'après A. THOMAS : 1° en mouvements désordonnés, irréguliers, amorphes, involontaires et sans but, s'amendant sous l'influence du repos ; 2° en secousses clonico-toniques ne disparaissant pas au repos.

Quelques-uns des troubles psychiques de la chorée

paraissent être dus à la répercussion centripète des troubles moteurs. L'inégalité de l'humeur, la mobilité et le déroulement chaotique de l'esprit, l'instabilité de l'attention, l'incapacité de l'effort mental, paraissent être les équivalents psychiques des secousses clonico-toniques et des mouvements désordonnés. Le trouble moteur donnerait, ainsi, au trouble psychique, son allure générale d'instabilité et de variabilité ; la variabilité incohérente et continue des mouvements se retrouvant moins dans la qualité des idées que dans le mouvement même de la pensée. Le choréique pense, en effet, de façon heurtée et incoordonnée.

En résumé, il y a une **chorée psychique** comme il y a une **chorée motrice**, et, si l'on peut voir, dans cette association, les éléments d'un **parallélisme psychomoteur**, nous croyons y trouver aussi une importante **manifestation psychomotrice centripète** comme si le trouble du *corps strié* avait un certain retentissement sur l'activité des cellules corticales et actionnait le psychisme. Par ce **courant psychomoteur centripète**, la **chorée** se rapproche de l'*épilepsie mentale*, du *syndrome hébéphréno-calatonique*, du *syndrome parkinsonien avec troubles mentaux*, etc... ; aussi bien, les considérations générales, **pathogéniques** et **thérapeutiques**, faites au sujet de ces affections, pourraient être envisagées à propos de la chorée.

Démence Hébéphréno-Catatonique

Plusieurs modalités élémentaires de la psychomotricité entrent sans doute dans la forme **hébéphréno-catatonique** de la **démence précoce**. **Trouble bilatéral similaire** (psychique et moteur), non sans quelque analogie avec le **parallélisme psycho-moteur**, cette affection, d'une part, représente une *discordance psychique* (CHASLIN), une *dissociation* (ANGLADE), une *fragmentation de l'activité mentale* (Schizophrénie de BLEULER), un mélange singulier de lucidité, d'inertie mentale et d'indifférence affective ; d'autre part, elle est faite de discordances motrices qui ne correspondent pas aux anomalies psychiques. Aussi faut-il parler, ici, plutôt que de **parallélisme psycho-moteur**, de **similitude bilatérale** et même de **dissociation psychomotrice**, ce qui n'exclut pas la ressemblance du psychique et du moteur.

En effet, les anomalies du mouvement sont surtout des déchaînements impulsifs auxquels la volonté et la pensée ne s'associent guère. « *Malgré la persistance relative et quelquefois paradoxale de la lucidité (mémoire, attention, jugement, etc...), l'automatisme psychomoteur semble livré à lui-même sans contrôle et sans frein* » (LOGRE). Le « *cerveau psychique* » est comme isolé, en retrait, « *exclu* », au profit du « *cerveau moteur* » qui est « *en état d'automatisme* ».

En faveur de la **psychomotricité centrifuge**, il

semble que le psychique puisse intervenir dans le moteur, en ce sens que les gestes sont parfois dictés par le motif délirant.

Mais la plus importante modalité psychomotrice est une **répercussion centripète** par laquelle peut s'expliquer le polymorphisme, la variabilité, le maniérisme, l'allure paradoxale de la **démence hébéphréno-catatonique**.

On sait qu'un certain nombre de signes de la **démence précoce** peuvent se retrouver dans d'autres affections, comme la débilité mentale, l'hystérie, les délirés mystiques avec extase, les états confusionnels (urémie...). Or, le **syndrome catatonique** quand il est **au complet** (*catalepsie, suggestibilité, opposition, stéréotypies*), est le seul élément symptomatique considéré, d'après les auteurs, comme le propre de l'**hébéphréno-catatonie**. Dans ce syndrome, les troubles moteurs consistent en une certaine spasticité musculaire (*catatonie ou tension musculaire*), qui est la principale condition de la conservation des attitudes (*catalepsie*), et présente quelques particularités : tantôt la spasticité garde docilement les positions imprimées au malade (*suggestibilité*) ; à d'autres moments, la tension musculaire dépasse la mesure et devient la brusque raideur qui s'oppose énergiquement à tout mouvement passif nouveau : telle est l'*opposition* ; la spasticité peut, aussi, par intervalles plus ou moins rapprochés, fixer le corps et les membres dans des attitudes favorites (*stéréotypies akinétiques*). Enfin les contractions muscu-

lares peuvent être de véritables mouvements plus ou moins impulsifs (*impulsions motrices, stéréotypies kinétiques...*), qu'il nous est facile d'illustrer en considérant l'union de la catatonie et de l'esprit, par exemple, dans les idées d'influence. Ainsi, nous saisissons « *la marque spécifique de l'état mental hébéphréno-catatonique* ». D'après le rapport de M. LOGRE au Congrès de Luxembourg (1921), « *l'idée d'influence traduit, en un langage bizarre et plus ou moins déshabité de pensée, une impulsivité absurde et immotivée ; et même quand il déplore sa démence prochaine ou se dit « suggestionné », l'hébéphrénique ne s'abandonne pas moins, avec une indifférence déconcertante ou une résistance bien précaire, à son négativisme, souvent dangereux et même consciemment dangereux (anorexie, impulsion suicide ou homicide, etc.)* ».

Le psychisme a ainsi sa part dans la **conservation des attitudes**, dans la **suggestibilité**, dans les **oppositions** et les **stéréotypies**, mais c'est un peu comme si le trouble moteur, l'ayant sollicité, lui faisait partager ses incohérences et ses caprices.

La manifestation la plus nette de la répercussion centripète du trouble catatonique, pris au sens dynamique du mot, est « *le barrage de la pensée (SPERRUNG)* » : la volonté est comme subitement frappée d'impuissance devant la contraction musculaire inopinée, si bien que le négativisme moteur trouve un complice dans le négativisme psychique. C'est le « *barrage de la volonté suspendue par le spasme* » (KRAEPELIN), mais c'est aussi

la montée du désordre moteur à l'esprit, que, jusqu'à un certain point, il domine et régit. La conscience et la raison indifférentes, soumises au trouble mécanique, tel est le phénomène qui rend compte de l'automatisme mental des déments précoces et qui explique peut-être le mieux leur dissociation psychique. On comprend que ces sujets soient dangereux, comme le sont tous ceux dont l'esprit, subissant le **courant centripète**, sont gouvernés par des déclenchements moteurs.

La **psychomotricité centripète** se manifeste si bien dans la **démence hébéphrénocatatonique**, que KAHLBAUM, pour désigner cette maladie, consacre sa prépondérance motrice en lui donnant le nom de « *délire de la tension musculaire* » (*spannungs irresein*).

Ainsi, dans la psychomotricité complexe de la démence précoce, c'est la **modalité centripète** qui explique pour une notable part le déterminisme psychologique du **syndrome hébéphrénocatatonique**.

La prédominance centripète élimine facilement du **diagnostic différentiel** la **débilité (parallélisme)** et l'**hystérie (psychomotricité centrifuge)**. L'*épilepsie mentale* est plus difficile à reconnaître ; appartenant au même groupe psychomoteur que la démence précoce, elle s'en éloigne en ce que, outre que les caractères de la catatonie lui manquent, ses troubles mentaux contiennent une moindre part de lucidité et de conscience ; le psychisme épileptique est inhibé et confus, tandis que l'état mental hébéphrénique est plutôt indifférent et inerte. La *tachyphémie stéréotypique* de la mala-

die de Parkinson, en dépit de ses grandes analogies avec les *stéréotypies verbales de l'hébéphrénocatonie*, en diffère par le défaut de syndrome catatonique, d'abord, et par l'absence de dissociation et de discordance psychomotrices.

Quant à l'*encéphalite léthargique* elle peut être d'une ressemblance si frappante avec la **démence précoce** qu'on est autorisé à se demander si *dans certains cas* il n'y a pas entre elles, mieux que des rapports de similitude, une **étiologie** et une **anatomopathologie** communes. Nous verrons, qu'en effet, on est actuellement conduit à le supposer.

Syndrome de Parkinson

Les troubles psychiques parkinsoniens, tels qu'ils avaient été décrits jusqu'ici par CHARCOT, PARANT, DUTIL, RÉGIS, etc., ne fournissaient guère de documents à la psychomotricité. D'une toute autre importance sont, pour notre étude, les observations de M. le Professeur CLAUDE. Elles mettent en relief la ressemblance de certains troubles psychiques avec les troubles moteurs connus de la maladie de Parkinson. On peut considérer dans cette psychomotricité : 1° une **similitude bilatérale** représentée par une extrême variabilité psychique et motrice ; 2° des **interréactions**,

où la plus intéressante et importante part revient à un **retentissement psycho-moteur centripète** qui peut être décelé dans la **tachyphémie stéréotypique** de CLAUDE.

Au point de vue de la **ressemblance bipolaire** (psychique et motrice), « un caractère sur lequel nous voulons attirer l'attention, dit CLAUDE, c'est le passage très rapide, chez le même sujet, de l'état de dépression à la gaieté et à l'excitation, non sans une certaine verve sarcastique. Un rapprochement pourrait être fait à cet égard avec ce qui se passe au point de vue moteur. Tel parkinsonien, qui paraît figé dans son attitude, dont tous les mouvements sont d'une lenteur désespérante, sera capable de faire du pas gymnastique en courant ou sur place, de s'élancer pour sauter sur son lit, ou de se livrer à des exercices de gymnastique (trapèze, barre fixe). Nous avons connu un malade qui était capable de courir après un tramway et de monter ou de descendre en marche ».

Le **mode psycho-moteur centripète** apparaît dans les deux observations de M. le Professeur CLAUDE, résumées ci-après :

1^{re} OBSERVATION. — M^{me} Har..., 50 ans, a présenté, à la suite de la frayeur des bombardements, une raideur, puis un tremblement de la jambe gauche, qui se sont ensuite étendus au membre supérieur du même côté.

En octobre 1919, on observe, outre le tremblement et la raideur qui ont gagné la colonne vertébrale, un aspect figé.

En mars 1920, surviennent des bouffées de chaleur avec rougeur et sueur. L'entourage a constaté « des arrêts brusques dans l'accomplissement des actes commencés » ; pen-

dant ce temps, la malade « ne sait plus ce qu'elle fait et ce qu'elle doit faire, elle a des pertes subites et passagères de la mémoire, tout ceci durant cinq minutes environ ».

Pendant 3 jours, du 7 au 10 mars, elle présente, plusieurs fois par jour, des accès d'agitation de quelques minutes avec gaieté, chants, danses, course, sauts et cris; que suit une dépression avec tristesse et désir de mourir. Au cours de ces accès, « elle esquisse un pas de danse et s'accompagne en chantant. Au bout de quelques instants, elle s'arrête, et, comme on lui demande pourquoi elle danse et chante comme elle vient de le faire, elle répond d'une façon ininterrompue : « je suis gaie, je suis gaie, je suis gaie », etc... trente ou quarante fois de suite, très vite, en levant les bras, puis s'arrête brusquement comme figée et on ne peut plus la faire répondre aux questions, elle semble déprimée et désolée ».

Du 10 au 13 mars, elle est calme.

Du 13 au 16 mars, les accès recommencent : « au cours d'un examen, elle est prise, de nouveau, d'une crise qui débute par de légères secousses dans les muscles de la face : élargissement des fentes palpébrales, fixité du regard, et répétition continuelle (une vingtaine de fois), du même mot, lequel termine la phrase qu'elle prononçait. A un certain moment, elle s'arrête brusquement et dit que c'est la fin de sa crise. Elle explique alors que ça lui tournait dans la tête, que c'est malgré elle qu'elle éprouve un besoin impérieux de s'agiter, de parler ».

On l'interroge encore, on lui demande comment elle va ; « elle répond : « ça va mieux, ça va plus mal, ça va mieux, ça va plus mal », et ainsi de suite, pendant au moins une minute. Elle s'arrête un instant et reprend : « Je voudrais bien être ici et en même temps à la maison, je voudrais bien être ici, etc... etc... », sur un ton monotone, sans s'arrêter, une vingtaine de fois ».

Interrogée sur ses crises, « elle raconte que ses excentricités, ses paroles ridicules, sont indépendantes de sa volonté;

elle est contrainte à les manifester, malgré elle, par une force irrésistible, et, lorsque cette activité désordonnée est déclenchée, elle ne peut plus l'arrêter. Elle est désolée de cet état, presque honteuse de se livrer à une série d'actes ridicules, et parle de se jeter à l'eau si cela doit durer. Il y a toujours un passage rapide de ces états d'excitation à la période d'état normal, au cours de laquelle l'intelligence n'est absolument pas troublée ». Après une ponction lombaire suivie de céphalée et de vomissements, « les crises d'excitation et les accès de stéréotypies verbales se sont atténués pour disparaître dans le courant du mois d'avril ».

2^e OBSERVATION. — M^{me} Gross..., 31 ans, présente, en janvier 1920, du tremblement, de la raideur, des troubles de la parole et une excessive variabilité de l'humeur et du caractère. Mais un interrogatoire minutieux apprend que, vers le mois de mai 1918, étaient survenues une fatigue générale, une somnolence anormale et une diplopie qui aurait duré deux mois. La malade, qui avait pu continuer ses occupations, s'est rétablie peu à peu. Mais, depuis deux ans, elle n'est plus aussi alerte ; d'ailleurs, on lui a fait remarquer qu'elle « se tenait mal » et elle éprouve une raideur « rhumatismale ». On est alors fondé à se demander si l'affection de 1918, qui avait les caractères d'une forme ambulatoire d'encéphalite léthargique, n'est pas à l'origine du syndrome parkinsonien actuel. Il semble bien qu'il en soit ainsi.

Dans ce syndrome parkinsonien, on relève quelques particularités : « le tremblement des membres supérieurs n'existe pas au repos, il n'apparaît que dans la marche et à l'occasion des mouvements volontaires ». Le tremblement est à grandes oscillations et intéresse tous les segments d'un même membre. La raideur musculaire est peu accusée. La démarche, extrêmement festinante, s'accélère avec la progression de la marche et s'accompagne d'une légère anté-pulsion.

L'état psychique, apparemment normal, présente cependant une attention médiocre, un manque d'entrain pour le travail et la lecture.

La malade, sollicitée un peu vivement d'accomplir un acte, contracte brusquement son visage et présente une crise d'excitation coléreuse, avec cris, pleurs, agitation. Puis brusquement, « sur une simple remarque, ses traits se détendent, elle sourit ou même prend une attitude ironique ». De temps en temps, au cours de la conversation, après s'être montrée indifférente et apathique, « elle prend un air narquois ou fait un geste espiègle contrastant d'une façon étrange avec son attitude antérieure ». Les paroles sont généralement très brèves, les réponses sont brusques et succinctes. Il n'y a jamais eu d'excitation persistante, ni de manifestations délirantes. Mais de temps en temps, la malade « se met tout à coup à répéter le même mot ou une courte phrase, par exemple le dernier mot d'une phrase, ou bien une très brève réponse : « Je peux pas, je peux pas, je peux pas », ou « il faut savoir, il faut savoir ». Cette répétition devient de plus en plus rapide et cesse au bout de vingt à trente secondes ; quelquefois, les sons émis en dernier lieu ne constituent plus qu'un bredouillement inintelligible. La malade dit qu'il lui faut faire attention, en parlant, pour que ce phénomène ne se produise pas. C'est pourquoi elle fait des réponses très brèves, très rapides, car si elle peut, en général, empêcher la production du phénomène, elle ne l'arrête que très difficilement quand il est déclenché. Ces accès de TACHYPHÉMIE surviennent plutôt quand la malade a parlé un peu longuement, ou lorsqu'elle a été contrariée, qu'elle n'a pas pu accomplir un acte, et précèdent ou accompagnent une des crises d'excitation coléreuse subite que nous avons signalées plus haut ».

Cette deuxième observation semble devoir être considérée comme une **encéphalite léthargique** méconnue ayant abouti au **syndrome parkinsonien**. Elle

pourra donc être invoquée, aussi bien, en faveur de l'encéphalite épidémique.

On voit que le **syndrome parkinsonien** peut présenter une certaine **ressemblance bilatérale** (psychique et motrice) qui consiste en des variations rapides, alternantes, cycliques, et des **interréactions**, où les troubles psychiques peuvent entraîner des anomalies motrices (**psychomotricité centrifuge**); mais c'est plutôt l'inverse qui l'emporte, le trouble moteur imprime ses caractères cliniques au trouble psychique : **modalité centripète**, bien mise en évidence par la **tachyphémie stéréotypique**. La répétition rapide, involontaire, irrésistible, du même mot ou du même membre de phrase, paraît être en rapport avec les incitations motrices, successives et rythmiques, que sont les secousses et les tremblements parkinsoniens. Tremblements et secousses sont, aussi, rapides, involontaires, forcés, et c'est leur rythme et leur formule clinique que l'on retrouve dans le trouble psychique de la **tachyphémie**.

Bref, les troubles psychiques ont de singulières analogies avec les troubles moteurs. Et, en effet, la **tachyphémie stéréotypique** « paraît très comparable, par son déclenchement brusque et sa progressivité, à l'antépulsion et à la rétropulsion propres à la démarche parkinsonienne, ainsi qu'à la faculté que nous avons reconnue aux parkinsoniens de se livrer, comme des automates, à des exercices physiques violents, quand on a déclenché le mouvement ».

Le **syndrome parkinsonien**, qui est un syndrome moteur, peut donc se compliquer de troubles psychiques où l'on retrouve le génie du trouble moteur. N'est-ce pas suffisant pour penser qu'il y a, ici aussi, entre les éléments psychiques et les éléments moteurs, une relation importante : la domination du trouble psychique par le trouble moteur, autrement dit une **répercussion psychomotrice centripète**?

Ces caractères psychomoteurs se rapprochent de ceux qui ont été rencontrés dans l'*épilepsie* et dans la *démence précoce*.

Quelques différences cependant transparaissent dans ce rapprochement. L'*épileptique* ne reconnaît plus, ne se souvient plus, et présente une hébétude et une annihilation presque complètes de la conscience raisonnable, tandis que la *démence précoce* se caractérise par une indifférence relativement lucide.

D'autre part, les facultés intellectuelles supérieures sont mieux conservées, plus alertes et plus actives, dans les troubles psychiques du **syndrome parkinsonien** que dans l'*hébéphrénocatatonie*. Ce ne sont, sans doute, là, que des nuances, et les analogies restent grandes. Par exemple, les « arrêts brusques » de mouvement, avec interruption de l'activité psychique, signalés dans l'*Observation n° 1*, ressemblent à certains traits du syndrome catatonique. De plus, le **syndrome de parkinson** et l'encéphalite sont, nous le savons, très parents, puisqu'on se demande s'ils n'ont pas la même étiologie, et qu'on admet que la **maladie de**

Parkinson est, dans certains cas, l'aboutissant d'une *encéphalite léthargique* ; l'Observation n° 2 indiquerait cette parenté. On sait aussi que les **lésions anatomo-pathologiques** de la maladie de **Parkinson** siègent soit dans le *globus pallidus* du *noyau lenticulaire* (RAMSAY HUNT, 1917), soit dans le *locus niger* (TRÉTIAKOFF, 1919). Or, si nous nous en rapportons aux remarques faites au point de vue de la **psychomotricité**, il semble que les troubles des noyaux gris centraux ou du locus niger retentissent sur les centres psychiques, dans la **tachyphémie stéréotypique**. Les formules cliniques analogues, du psychisme et du moteur, nous incitent à penser que les centres psychiques sont, pour le moins, déjà troublés pour leur propre compte, au cours de ces manifestations psycho-motrices. On est conduit à admettre, avec le Professeur CLAUDE, que « *les troubles mentaux et les manifestations anormales de l'activité psychique relevés chez nos malades, sont l'expression, d'une part, de troubles fonctionnels de la corticalité cérébrale, d'autre part, de certaines lésions des centres régulateurs de l'activité motrice dans l'adaptation de la parole à la pensée, comme il existe, nous le savons aujourd'hui, des altérations des centres régulateurs des mouvements du tonus, et de l'équilibre des fonctions musculaires agonistes et antagonistes, dans les noyaux gris centraux et dans le locus niger* ». De par la **psychomotricité centripète**, nous ajouterons que, peut-être, la *perturbation du cerveau moteur* (ici, centres régulateurs), retentit sur la *corticalité cérébrale*, explica-

tion pathogénique d'ailleurs susceptible de s'appliquer aux autres affections qu'englobe la **psychomotricité centripète**.

Il est en outre vraisemblable que les données psychomotrices sont aptes à rendre des services dans le traitement des troubles psychiques du syndrome parkinsonien. Peut-être le traitement du trouble moteur amènerait-il une amélioration de la tachyphémie, mais les observations, trop peu nombreuses, de ces cas, ne nous ont pas permis d'en juger expérimentalement.

SYNDROME PSEUDO-BULBAIRE

Le syndrome pseudo-bulbaire intéresse surtout la **psychomotricité** par son rire et son pleurer spasmodiques. C'est donc sur ce *syndrome psycho-mimique* que va porter notre étude.

Bien qu'il soit, au prime abord, difficile de faire la part du rôle psychique et du rôle moteur dans ce syndrome, on peut cependant en dégager les **modalités psychomotrices suivantes**:

1°. — Un **parallélisme psycho-moteur** qui comprend, d'une part, au psychique, une sensiblerie spéciale éclatant pour les motifs les plus futiles, et, d'autre part, un déséquilibre moteur, mimique et spasmodique.

2°. — Des **interréactions psychomotrices**: manifes-

tations centripète et centrifuge qui révèlent l'extrême complexité du phénomène.

Le **courant centripète** paraît jouer, dans le **rire et le pleurer spasmodiques**, un rôle extrêmement important. D'abord, le trouble psychique et le trouble moteur peuvent être dissociés, le trouble moteur existant seul ; *témoin cette observation de DUPRÉ* : Un homme atteint d'hémiplégie droite avait pu apprendre à écrire de la main gauche, ce qui indiquait une conservation assez satisfaisante de son intelligence. D'ailleurs, ses actes et sa conduite le prouvaient amplement. Il présentait, en outre, des accès de rire et de pleurer spasmodiques. Mais, « *au milieu de ces accès, il marquait sa gêne et sa honte par ses mouvements d'impatience, ses gestes de dénégation, par lesquels il faisait comprendre que son intelligence ne s'associait pas à sa mimique, et que son sentiment souffrait d'être ainsi toujours trahi dans son expression* » (DUPRÉ, in *Traité des Maladies Mentales* de GILBERT BALLEÏ, p. 1101). Cette autonomie du trouble moteur est si remarquable, que, dans les passages très fréquents du pleurer au rire ou inversement, alors que la mimique transitoire est tout aussi intense et tout aussi animée, les malades sont incapables de dire s'ils sont gais ou s'ils sont tristes, s'ils ont envie de rire ou de pleurer. Ils n'ont, en général, ni l'une ni l'autre envie, leur trouble est surtout moteur. MM. DEVAUX et LOGRE ont pu dire que « *le rire et le pleurer spasmodiques n'expriment souvent ni la joie ni la tristesse* ». On est conduit à penser que ce déséquilibre

mimique doit être prépondérant dans les **troubles psycho-moteurs du syndrome pseudo-bulbaire**. Ainsi se précise ce fait, très intéressant, que l'instabilité motrice, pour n'être pas la seule, n'en est pas moins une cause automatique très fréquente des brusques changements d'humeur qui l'accompagnent. « *Il semble bien, ajoutent DEVAUX et LOGRE, que le pleurer spasmodique ait tendance à éveiller par lui-même, dans l'esprit du sujet, comme une résonance affective douloureuse* ».

La ressemblance entre le psychique et le moteur, leur versatilité explosive, leur brusque passage des attributs de la gaieté à ceux de la tristesse, pourraient bien provenir, dans une certaine mesure, d'une **répercussion centripète** du déséquilibre mimique. La mobilité affective serait tributaire des secousses spasmodiques automatiques et irrésistibles qui constituent le trouble moteur. Et le trouble moteur donnerait la clé du trouble psychique.

Le rire et le pleurer spasmodiques semblent donc reconnaître, surtout, la modalité psychomotrice ascendante ou centripète.

En conséquence, l'**aphorisme de LANGE** : « *L'homme est triste parce qu'il pleure* », n'est pas si invraisemblable qu'il pourrait sembler tout d'abord, puisqu'il trouve une apparence de vérification dans un syndrome pathologique: le syndrome pseudo-bulbaire. **Le syndrome du rire et du pleurer spasmodiques**, par son **parallélisme** qui a pour caractère le passage rapide

d'un état à l'état opposé, et par son courant centripète, vaut d'être comparé au *Syndrome de Parkinson*. Le Professeur CLAUDE, qui a signalé l'analogie entre les particularités des deux syndromes, les rattache à « *un trouble complexe de la régulation de l'expression* ». On sait, d'autre part, que des lésions habituellement doubles du *corps strié* produisent le rire et le pleurer spasmodiques. De sorte que les considérations pratiques et pathologiques, relatives à la psychomotricité de la *maladie de Parkinson*, s'appliquent aussi au **syndrome-pseudo-bulbaire**.

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

A propos des troubles mentaux de l'encéphalite **léthargique**, de très nombreuses communications ont été faites qu'il serait superflu d'énumérer ici. Nous n'avons à retenir, pour le sujet qui nous occupe, que ceux de ces troubles dont les manifestations psychomotrices, assez nettes, prêtent à des considérations particulières. A ce point de vue, nous rappellerons le cas signalé précédemment par le professeur CLAUDE, d'une **encéphalite léthargique** méconnue, ayant réalisé un **syndrome parkinsonien avec troubles psychiques**, puis trois observations, dont deux de M. LOGRE et une de M. le professeur CLAUDE, où l'encéphalite **léthargique** a reproduit un **syndrome hébéphréno-catatonique**. Sur l'encéphalite léthar-

gique qui verse dans le *syndrome de Parkinson*, nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit au sujet de cette dernière affection, à savoir, qu'on y relève une **similitude bipolaire** (psychique et motrice), à base d'alternance rapide entre deux états opposés (excitation et apathie), et des **interréactions psycho-motrices**, dont l'élément le plus important est un **courant centripète** (*tachyphémie stéréotypique*).

Quant au **syndrome catatonique**, le voici détaillé dans les trois observations annoncées, que nous résumons ci-après :

PREMIERE OBSERVATION (LOGRE)

Un homme de 29 ans vient à la consultation en mai 1920 ; il présente des troubles mentaux qui ont ressemblé, tout d'abord, à un accès d'alcoolisme subaigu ; mais le malade est sobre, et, à l'état onirique et confusionnel des premiers jours (délire de rêve terrifiant, zoopsique brusquement survenu la nuit, tentative de fugues, torpeur confusionnelle dans la journée), a fait suite un ensemble de signes rappelant « le syndrome *hébéphréno-catatonique* : attitudes figées, catalepsie spontanée et provoquée, intense et durable ; mélange de docilité et d'opposition : refus intermittent d'aliments, le malade n'avait pas voulu d'abord se rendre à la consultation médicale sans formuler cependant d'objection, puis, au dernier moment, il avait suivi sa femme machinalement. De même, à la fin de la consultation, il ne voulut pas, d'abord, quitter son siège ; puis, s'étant levé pour qu'on examine ses yeux, il sortit avec sa femme sans la moindre opposition. Il répondait peu et mal aux questions, s'arrêtant parfois au milieu d'une phrase, en répétant à plusieurs reprises, des mots stéréotypés, par exemple : « Cè n'est pas drôle ! » ou « C'est très drôle », A deux reprises, il

fut pris d'un fou rire dont il ne put donner d'autre explication que celle-ci : « Il faut bien rire. C'est très drôle !. c'est très drôle ! »

Il n'y avait ni fièvre, ni troubles oculaires, ni somnolence. Quinze jours plus tard, lorsque le malade revint, il « ne pouvait s'empêcher de dormir une grande partie de la journée ; d'autre part, il voyait double, dans certaines positions obliques du regard, et se plaignait d'avoir les paupières lourdes et un peu tombantes ». Il présentait, en outre, « des myoclonies disséminées, notamment sur les grands droits de l'abdomen et sur le biceps droit..., des mouvements involontaires du visage ressemblant à des tics, en particulier une déviation de la bouche, par saccades assez fréquentes, au niveau de la commissure droite ».

Mais le malade était plus lucide, n'avait presque plus d'opposition ; cependant, tout ce qui entravait sa somnolence lui était désagréable, il répondait par monosyllabes et présentait encore de la catalepsie. Il n'avait plus de fou rire. Un mois plus tard, il semblait guéri.

2^e OBSERVATION (LOGRE)

Un malade du PROFESSEUR WIDAL avait présenté, vers Noël 1919 et dans les premiers jours de janvier 1920, de la somnolence, des troubles de la vue, de la lourdeur des paupières, puis, bientôt, un sommeil complet ; on avait dû l'alimenter à l'aide de bouillies. Une semaine plus tard, survenait une phase d'excitation désordonnée et il gâtait. Vers le 20 janvier, apparut le syndrome de la « folie discordante » de CHASLIN : « 1^o **Catalepsie intense** : facies figé, persévération durable des attitudes spontanées et provoquées, sommeil prolongé, sans reposer la tête sur l'oreiller : signe de « l'oreiller psychique » (DUPRÉ). Le malade perdait ses matières dans son lit, et, après l'avoir souillé, faisait l'arc sur les épaules et les talons, indéfiniment ; 2^o **Opposition** : résistance aux médecins qui l'observent et aux infirmiers qui veulent le nourrir et le

nettoyer. Il ferme obstinément les yeux à tel point qu'il fut impossible, à cette période, de pratiquer l'examen ophtalmologique. Pendant l'interrogatoire, lenteur et quelquefois arrêt de la parole. Par instant, le malade reste inerte, ou chuchote des mots incompréhensibles. Perdant ses urines et ses matières dans son lit, il refuse invariablement d'uriner ou d'aller à la selle dans un bassin ; parfois, il se lève brusquement et défèque au milieu de la chambre. Il ne veut pas manger aux heures régulières, et se nourrit avec gloutonnerie, selon son caprice, à d'autres moments.

3° **stéréotypies** : quelques grimaces, en particulier froncement des lèvres et moues assez caractéristiques.

Fond mental de torpeur et d'indifférence avec phases d'anxiété, préoccupations hypocondriaques au sujet de sa maladie. Brusques réactions motrices absurdes et violentes, coups de poing à ses voisins de chambre, morsures, menaces d'étranglement. Mémoire incertaine. lucidité incomplète ».

Mydriase à gauche puis à droite, trépidation épileptoïde et exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs. Ponction lombaire : 4 lymphos par champ. Il sort : considéré comme guéri.

3° OBSERVATION (CLAUDE)

Marcel Ch..., 18 ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 14 janvier 1920, présente des antécédents collatéraux : un frère mort l'année précédente à 21 ans, à Villejuif, d'accidents délirants rapportés à la démence précoce, au dire des parents. Un autre frère, 19 ans, a présenté, en février 1919, « un état d'excitation passagère, avec délire doux, d'une durée de huit jours » ; normal jusqu'à la fin de l'année, il fut atteint de nouveau, après quelques jours de fatigue et d'anémie, le 25 décembre, « d'une crise d'excitation à caractère hypomaniaque, avec fièvre, et l'agitation fut si prononcée, qu'il fut conduit à Sainte-Anne, puis à Bicêtre,

où il fut interné avec le diagnostic de *démence précoce* ». Il en est sorti guéri vers le mois de mai 1920.

Marcel Ch... devint malade, pour la première fois, au début de décembre de 1919, à la même époque que son frère ; il éprouva « *de la céphalée, des étourdissements, de la fatigue, des battements de cœur* »... puis, le 25 décembre, il eut des vomissements, du hoquet, de la somnolence et de la torpeur cérébrale ; la température était à 40° ; quelques jours plus tard, il allait mieux, mais, le 5 janvier 1920, il fut repris de vomissements et eut des hallucinations visuelles ; le lendemain, du délire et une agitation choréique.

A l'hôpital, on observa « *une agitation générale avec délire, des secousses myocloniques et des mouvements choréiques de la face et des membres, un léger degré de ptosis de la paupière droite* », avec pupille plus large de ce côté ; la ponction lombaire donna une forte albuminose avec légère lymphocytose. L'agitation tomba assez vite, les mouvements choréiques persistèrent. Peu à peu s'installèrent un état de torpeur et d'hébétude avec somnolence, une indifférence complète et un mutisme absolu, de la catalepsie, du gâtisme. Les secousses myocloniques persistèrent dans les muscles de la moitié droite de la face, en même temps que des mouvements rythmiques des doigts de la main droite.

A la fin de janvier, le syndrome catatonique était réalisé par « *l'indifférence, la torpeur, le mutisme, la résistance aux sollicitations de toutes sortes, la difficulté de l'alimentation, la catalepsie, la répétition stéréotypée de certaines phrases, par exemple : « Il n'y a pas moyen ; tout ou rien »*. Le ptosis et l'inégalité pupillaire disparaissent. Le malade a été traité, dès le début, par un abcès de fixation, l'urotropine et des ponctions lombaires. La fièvre tomba. la lymphocytose et l'albuminose rachidienne diminuèrent.

C'est seulement vers le milieu de mars qu'on constata une amélioration très nette du syndrome catatonique qui disparut aussi. Marcel Ch... put quitter l'hôpital à la fin du mois.

Revu le 14 avril, il est craintif, émotif, taciturne, fait des

réflexions puériles ; il a de la peur et du délire nocturnes. De son séjour à l'hôpital, il n'a gardé qu'un souvenir très vague.

En mai, il va mieux, mais il est moins gai qu'autrefois. Le frère est sorti de Bicêtre dans un état satisfaisant.

En novembre 1920, tous deux étaient tout à fait bien et, en octobre 1921, ils faisaient leur service militaire et donnaient d'excellentes nouvelles de leur santé.

« On peut se demander, s'il ne s'agissait pas, » dit M. le PROFESSEUR CLAUDE dans sa communication, *de ces cas familiaux d'encéphalite épidémique, comme nous en connaissons des cas, où la contagion a été nettement prouvée (cas de H. Claude et de Laulerie, de Lemierre, de Roger et Blanchard, de G. Stiefler), avec cette particularité que l'affection s'est manifestée, dans cette même famille, sous le masque clinique d'une hébéphrénie transitoire.* »

Ces observations démontrent qu'une **encéphalite léthargique**, révélée par tous les signes cardinaux, à l'exception de la fièvre pour les deux premiers cas, peut imiter exactement le *syndrome hébéphréno-catatonique* (catalepsie, suggestibilité, opposition, stéréotypies), syndrome considéré jusque là comme le trait le plus caractéristique, et pour ainsi dire pathognomonique, de la démence précoce.

Par lui, s'enrichit singulièrement la **psychomotricité** de l'**encéphalite épidémique**. Il apporte à cette affection, outre une analogie bilatérale faite de variabilité et de bizarreries, des interréactions, dont une curieuse **manifestation centripète** prédominante, cette « folie de la tension musculaire », remarquée par KAHLBAUM, où l'on voit les caractères du trouble moteur

s'étendre au domaine psychique, gouverner l'esprit d'un individu qui devient, ainsi, une sorte de « *pantin psychomoteur* ». Le trouble moteur automatique impose, en effet, au psychisme obnubilé, ses suggestibilités, ses oppositions inopinées, son agitation stéréotypée et faiblement idéique.

Les commentaires de M. LOGRE sont tout à fait suggestifs à ce point de vue : « *Ce qu'il y a de plus remarquable à notre avis, dans l'encéphalite léthargique, c'est en quelque sorte l'infiltration, l'invasion étendue et profonde du trouble moteur dans le domaine psychique. Indiquons, par quelques exemples, cette pénétration progressive du trouble moteur dans l'état mental. Un de nos malades présentait des secousses plus ou moins rythmiques des grands droits de l'abdomen et du biceps : syndrome purement moteur, myoclonie évoquant l'idée d'une encéphalite léthargique possible, et nullement celle d'un syndrome catatonique.* »

Mais voici la catalepsie, la persévération, symptôme placé en quelque sorte, au seuil du domaine psychomoteur, puisqu'il suppose, tout au moins, un élément psychique négatif, un trouble de l'attention, un oubli du membre dans la position qui persiste.

A un degré plus haut, voici l'opposition, la résistance au mouvement imprimé, ou seulement suggéré, phénomène complexe impliquant une disposition active et une attitude systématique de l'esprit. De même, les stéréotypies, les grimaces, n'avaient pas, chez un de nos malades, l'allure de spasmes, mais bien plutôt de tics, c'est-

à-dire qu'ils offraient une remarquable parenté avec des phénomènes moteurs, connus classiquement pour l'importance de leur coefficient psychique. Plus riche encore, peut-être, en connexions mentales, était le fou rire de notre premier malade qui répétait, comme pour mieux rattacher cette réaction motrice à son état d'humeur : « Il faut bien rire, c'est très drôle, c'est très drôle ». Qu'on songe, enfin, à ces répétitions de mots, à ces singularités et stéréotypies de langage, qui existaient, à l'état d'ébauche très nette, chez l'un de nos malades.

Bref, dès que les troubles moteurs atteignent, dans l'encéphalite l'éthargique, les mouvements et groupes de mouvements soumis d'ordinaire à l'influence de la volonté, on voit entrer en jeu des coordinations et systématisations motrices où la vie psychique est, de toute évidence, engagée ».

En résumé, la **reproduction du syndrome catatonique**, au cours de l'encéphalite l'éthargique, permet d'établir une relation entre les particularités motrices, myoclonies et raideurs, d'une part, et les troubles psychiques d'autre part.

De moteur, le trouble « s'élève en dignité », il devient psychique, ou plus exactement **psycho-moteur**, réalisant **syndrome hétérophrénocatatonique**. L'envahissement centripète de la « tension musculaire » apparaît là dans toute sa netteté ; le psychisme est maintenu à la merci du trouble moteur qui lui communique ses bizarreries et lui impose en quelque sorte sa formule.

En somme, les caractères psychomoteurs de l'encé-

phalite léthargique, de la sorte précisés et mis en relief par les syndromes qu'elle reproduit : **syndrome parkinsonien** et **syndrome hébéphréno-catatonique**, se résument en des interréactions avec prédominance de la **modalité centripète**, auxquelles s'ajoute une **similitude bilatérale** (psychique et motrice) des formules cliniques.

Au point de vue pratique, il en résulte que l'**encéphalite léthargique** présente les plus grandes analogies avec le *syndrome de Parkinson* et la *démence hébéphréno-catatonique*. On a vu, dans les chapitres précédents, que le syndrome de Parkinson n'est déjà pas très loin de la *démence précoce*, si l'on se place au point de vue très particulier de la psychomotricité. Or, les données psychomotrices de l'encéphalite léthargique renforcent encore cette conviction.

En conséquence, les similitudes psychomotrices des trois affections : *maladie de Parkinson*, *démence précoce*, **encéphalite léthargique** peuvent rendre difficile leur **diagnostic différentiel**. Sans doute cette difficulté est aplanie, entre la *maladie de Parkinson* et l'**encéphalite épidémique**, par la notion, qui tend à être de plus en plus admise, de leur parenté ou de leur indentité, la première pouvant n'être que l'aboutissant de la seconde. Pour la *démence précoce*, la question de parenté avec l'**encéphalite léthargique** a été posée par M. LOGRE, aussi bien cliniquement qu'au point de vue **anatomo-pathologique** : « Dans l'encéphalite léthargique, le cerveau

moteur, par irritation lésionnelle, exalte son automatisme et peut imposer au cerveau psychique obnubilé son agitation anidéative et stéréotypée. Il y a là une sorte de blocage (*brain-block*) du cerveau psychique « exclu » et comme dépossédé au profit du cerveau moteur « en état d'automatisme », (pour reprendre les expressions mêmes de Handford dans le *heartblock*) ». (Congrès de Luxembourg).

Ajoutons ce fait intéressant, que MM. LAIGNEL-LAVASTINE, TRÉTIAKOFF et JORGOULESCO ont fait des recherches anatomo-pathologiques et ont trouvé, dans l'**encéphalite** ayant évolué vers le **syndrome hébéphrénique**, « outre les lésions cellulaires classiques de la *démence précoce*, des plaques graisseuses et une dégénérescence des fibres myéliniques dans le noyau caudé et dans le tiers antérieur du putamen » (LAIGNEL-LAVASTINE).

S'il faut admettre, jusqu'à plus ample informé, que la *démence précoce* doit être distinguée de l'**encéphalite léthargique**, cette distinction semble devoir porter sur le degré, la ténacité plus grandes et une certaine individualité des manifestations morbides de la *démence précoce* ; la **répercussion psychomotrice centripète** y paraît offrir plus de relief, de solidité et d'intensité, que dans l'encéphalite léthargique dont le syndrome catatonique serait, si l'on se fie au peu qu'on en sait, moins prononcé et plus facilement curable.

Le **diagnostic** des formes psychomotrices de l'encéphalite léthargique se pose avec l'*épilepsie mentale*. L'encéphalite diffère de l'épilepsie dans la mesure

où la **maladie de Parkinson** et la **démence précoce**, deux affections qu'elle imite, en différent elles-mêmes. Nous avons vu que, dans l'*épilepsie mentale*, le psychisme n'avait qu'une part très restreinte, jugulé et régi qu'il était, dans une large mesure, par le trouble moteur. Dans la *démence précoce*, le psychisme est comme en retrait, indifférent, impuissant contre la catatonie, mais relativement lucide. Il est, dans l'*épilepsie*, inhibé quant à ses facultés supérieures, réduit, presque absent, comme semble l'indiquer l'amnésie totale consécutive.

On remarque que, dans toutes ces affections, la **psychomotricité centripète** l'emporte. Cette prédominance permet d'étendre le rapprochement établi, du point de vue qui nous occupe, entre la *démence précoce*, le *syndrome de Parkinson* et l'**encéphalite léthargique**, à d'autres affections comme : le *syndrome pseudo-bulbaire*, la *manie*, la *chorée*...

Les analogies du *syndrome pseudo-bulbaire* avec l'**encéphalite léthargique** et son aboutissant : le **syndrome de Parkinson**, sont notables. M. le Professeur CLAUDE l'a fait remarquer : dans le **syndrome de Parkinson**, le caractère forcé de la **tachyphémie** « laisse supposer qu'il s'agit d'un trouble complexe de la régulation de l'expression, de l'adaptation de la pensée à la parole, comme dans le rire et le pleurer spasmodiques ».

La **psychomotricité** elle-même nous montre que, dans les deux affections : *syndrome pseudo-bulbaire* et **encéphalite léthargique**, il existe un **trouble**

bipolaire (psychique et moteur) ayant pour base le passage rapide d'un état à l'état opposé (versatilité émotive et versatilité mimique), et des **interréactions** avec **répercussion centripète** de la formule motrice.

Le groupement de toutes ces affections, sous la rubrique : **prédominance psychomotrice centripète**, incite à poser un **problème pathogénique** : La similitude de tous ces cas ne tient-elle pas, d'abord, à des « *raisons profondes* » (LOGRE), **histologiques** ou **histochimiques**, et n'existe-t-il pas, au sein de ces affections, *une commune prédominance d'éléments pathogéniques* et **anatomiques** correspondant à leur **prédominance centripète commune**, cliniquement observée ? On est provisoirement autorisé à le supposer et à localiser dans le *cerveau moteur*, particulièrement dans les *noyaux gris centraux*, un trouble qui serait, suivant les cas d'espèces, lésionnel ou fonctionnel, durable ou passager, et se répercuterait sur les zones psychiques, elles-mêmes déjà peut-être plus ou moins en état d'infériorité ou de perturbation fonctionnelle.

Ce n'est qu'une *hypothèse*. Elle est encouragée, d'un côté, par les découvertes anatomo-pathologiques faites sur la *maladie de Parkinson*, l'*encéphalite léthargique*, les *chorées*, le *syndrome pseudo-bulbaire*, la *démence précoce* (travaux récents de LAIGNEL-LAVASTINE, TRÉTIKOFF et JORGOULESCO) ; d'un autre côté, par l'interprétation physiopathologique donnée par le Professeur CLAUDE dans la *tachyphémie stéréotypique*, et enfin par le mécanisme que M. LOGRE laisse supposer du syndrome hébé-

phréno-catatonique, lorsqu'il dit que « l'encéphalite léthargique provoque, elle aussi, par irritation lésionnelle des centres nerveux, des troubles spastiques tendant à la généralisation, avec ou sans désordres psychopathiques ».

Vraie ou fausse, cette explication a besoin, néanmoins, d'être soumise aux faits d'expérience pour qu'on s'y arrête. C'est donc sans prétention que nous l'émettons. Mais, il nous a paru intéressant de la placer, comme un jalon nouveau, dans le vaste champ qui s'offre aux investigations anatomocliniques et physiopathologiques, dans le domaine si complexe de la neuro-psychiatrie.

En tous cas, la **psychomotricité centripète**, qui nous paraît avérée cliniquement, est une indication pour ne pas négliger de traiter les troubles moteurs dans les maladies mentales.

La **méthode psychomotrice** nous permet, ainsi, de mieux comprendre certaines maladies, de les diagnostiquer, de bien établir les liens qui pourraient rapprocher certaines d'entre elles, d'orienter, de façon éventuelle, les recherches anatomo-pathologiques, et, enfin, d'essayer d'accroître les moyens d'une thérapeutique rationnelle.

CONCLUSIONS

1°. — Il peut exister, entre certains troubles psychiques et certains troubles moteurs, une étroite union et des ressemblances telles qu'ils constituent des sortes de *couples* : **les couples psychomoteurs**.

Il en résulte la notion de **psychomotricité pathologique**.

2°. — Les **modalités** de cette psychomotricité peuvent être de *trois ordres* :

a) Le trouble psychique et le trouble moteur sont simultanés, mais sans relation de cause à effet, sans interdépendance appréciable. Ils doivent leurs rapports, exclusivement, à l'analogie de leurs formules cliniques, à une similitude bilatérale portant à la fois sur le domaine psychique et le domaine moteur. Telle est la **modalité parallèle** ou **parallélisme cinéto-psychique de Dupré**. Le couple : **débilité mentale et débilité motrice** est de cet ordre.

b) Le trouble psychique détermine le trouble moteur ; l'attitude anormale de l'esprit est responsable de l'ano-

malie motrice, et l'on guérit celle-ci par celle-là. Telle est la **modalité centrifuge** dont le type est réalisé par les **manifestations de l'hystérie**.

c) Le trouble psychique paraît sollicité ou influencé par le trouble moteur qui lui impose sa physionomie générale, son rythme et sa formule clinique. C'est comme si un courant, remontant des zones motrices vers les zones psychiques, assujettissait l'esprit à la perturbation motrice. Par opposition à la modalité précédente, on réservera le nom de **psychomotricité ascendante ou centripète** à cette dernière catégorie. On trouve, par exemple, dans les accidents de l'**épilepsie mentale**, l'allure générale de l'accès convulsif : début imprévu et explosif, répétitions stéréotypées, impulsions aveugles, irraisonnées, amnésie finale.

3°. — *Ces trois sortes de couples psychomoteurs paraissent pouvoir servir de base à une* **méthode d'étude neuro-psychiatrique** *quelque peu nouvelle.*

Analysées à ce point de vue, les maladies peuvent être schématiquement représentées par leurs couples psychomoteurs et par la hiérarchie de ces couples.

4°. — Les quelques affections que nous avons passées en revue peuvent se répartir de la façon suivante :

a) A la **psychomotricité parallèle** appartient l'association **débilité mentale et débilité motrice**.

b) A la **psychomotricité centrifuge** ressortit tout particulièrement l'**hystérie**.

c) A la **psychomotricité centripète** se rattachent des affections, apparemment très différentes et à psychomotricité généralement complexe, comme : la **manie**, l'**épilepsie**, la **chorée**, la **démence précoce**, le **syndrome de Parkinson**, le **syndrome pseudo-bulbaire**, l'**encéphalite léthargique**.

5°. — L'étude de la **psychomotricité** peut servir, à la fois, à individualiser les affections et à les rapprocher utilement ; elle est donc parfois avantageuse pour poser le **diagnostic** et, par suite, pour préciser le **prognostic**.

Par exemple, le couple : *débilité mentale et débilité motrice*, a pu, parfois, donner le change avec la *démence précoce* ; or, il s'en distingue par une psychomotricité très différente.

Les *stéréotypies verbales de l'épilepsie* qui, dans une certaine mesure, ressemblent aux *stéréotypies verbales hébéphréno-cataloniques* et à la *tachyphémie stéréotypique de Claude* dans le *syndrome parkinsonien*, s'en écartent par leur moindre part d'éléments intellectuels.

6°. — En établissant des analogies entre des affections en apparence très disparates, la psychomotricité intéresse la **physiopathologie** des syndromes **neuro-psychiatriques**.

Parmi les affections qui relèvent de la **psychomotricité centripète**, certaines possèdent une anatomie pathologique déjà bien élucidée. Les lésions des *noyaux gris centraux* dans l'*encéphalite léthargique* et les syndromes

parkinsoniens (*globus pallidus et locus niger*), la production de mouvements choréiques dans les lésions du *corps strié*, les manifestations du rire et du pleurer spasmodiques dans les altérations doubles de ce noyau, pourraient suggérer une explication, pour le moins hypothétique et provisoire, sur la **pathogénie** de certaines affections à prédominance centripète (démence précoce à forme catatonique en particulier). M. le Professeur CLAUDE, à propos de la tachyphémie stéréotypique, admet, de préférence à toute autre explication, qu'il doit exister d'une part, des troubles fonctionnels de la corticalité cérébrale, et, d'autre part, des troubles lésionnels des centres régulateurs de l'activité motrice dans l'adaptation de la parole à la pensée (centres admis par analogie avec ceux du tonus et de l'équilibre).

Nous sommes alors porté à nous demander si les troubles psychomoteurs de **modalité centripète** n'ont pas pour condition un trouble, lésionnel ou fonctionnel selon les cas, du cerveau moteur en général, soit des noyaux gris centraux, soit du locus niger, etc., se répercutant sur les cellules corticales psychiques, plus ou moins inhibées ou en état d'infériorité. Ce n'est qu'une *hypothèse* intéressante à envisager en vue de recherches anatomo-pathologiques ultérieures.

7°. — L'analyse psychomotrice peut conduire, pour chaque affection, à un **traitement rationnel**, qui doit s'adresser, avant tout, à l'élément causal du couple psycho-moteur. Ce traitement visera l'élément psychique, en ce qui concerne la psychomotricité cen-

trifuge, l'élément moteur, dans la psychomotricité centripète ; enfin et à la fois, l'état psychique et l'état moteur, lorsqu'on aura affaire au parallélisme psychomoteur.

Vu : *Le Président de la Thèse :*

HENRI CLAUDE.

Vu : *Le Doyen :*

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — *L'encéphalite léthargique* (1. vol., Baillière, 1922).

J. BABINSKI. — *Définition de l'hystérie* (Soc. de neurolog., 7 novembre 1901).

J. BABINSKI ET DAGNAN-BOUVERET. — *Emotion et Hystérie* (Journ. de psychol., mars-avril 1912).

J. BABINSKI ET J. FROMENT. — *Contribution à l'étude des troubles nerveux d'ordre réflexe. — Examen pendant l'anesthésie chloroformique* (Revue de neurologie, novembre-décembre 1915).

— *Troubles physiopathiques d'ordre réflexe. — Association avec l'hystérie. — Evolution. — Mesures médico-militaires* (Presse médicale, 9 juillet 1915).

J. BABINSKI. — *Les caractères des troubles moteurs (paralysies, contractures) dits « fonctionnels » et la conduite à tenir à leur égard* (Soc. de neurolog., 6-7 avril 1916).

J. BABINSKI ET J. FROMENT. — *Contractures et paralysies traumatiques d'ordre réflexe ou Syndrome d'im-*

- mobilisation* (Soc. de neurolog., 4 mai 1916).
- *Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe* (1 vol., collection Horizon, Masson, 1917).
- *A propos de la communication de Roussy et Boisseau sur le pronostic et le traitement des troubles physiopathiques* (Soc. de neurol., 7 juin 1917).
- GILBERT BALLET. — *La psychose périodique* (Journal de psychologie, 1909-1910).
- *Traité de pathologie mentale* (O. Doin, 1901).
- BINET SIMON. — *La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants* (Edition de la Société pour l'étude psycholog. de l'enfant, 36, rue Grange-aux-Belles, 1917).
- *L'hystérie* (Année psychologique, Paris 1911).
- P. BONCOUR. — *Les bases et la pratique de la gymnastique orthophrénique dans la cure de l'instabilité psychomotrice* (Progrès médical, 1911, n° 36).
- *L'asthénie psychomotrice constitutionnelle infantile. — Asthénie et neurasthénie de l'enfant* (Progrès médical, 12 avril 1913).
- PAUL CAMUS. — *Les équivalents psychiques de l'épilepsie* (Paris médical, 16 mars 1912).
- PII. CHASLIN. — *Eléments de sémeiologie et de clinique mentales* (Asselin et Houzeau, 1913).
- H. CLAUDE ET BAUDOIN. — *Sur une forme de délire am-*

bulatoire automatique conscient chez les épileptiques (Soc. de neurolog., 7 février 1907).

H. CLAUDE. — Définition de la nature de l'hystérie (Rapp. au Congrès de Genève-Lausanne, août 1907).

— Discussion sur l'hystérie (Soc. de neurolog., 11 mai 1908).

H. CLAUDE. — A propos des relations des troubles mentaux et de la chorée (21 avril 1910, *L'Encéphale*, p. 611).

— L'anesthésie régionale associée aux méthodes psycho-physiothérapiques, dans le traitement des attitudes vicieuses et des tremblements des membres inférieurs d'ordre fonctionnel (*S. M. des hôpit.*, 2 mars 1917).

— Les modifications dynamogéniques des centres nerveux inférieurs dans les paralysies ou dans les contractures fonctionnelles (*Presse médicale*, 3 janvier 1918).

— Quelques particularités de l'état mental dans le Syndrome parkinsonien (*Paris médical*, oct. 1920).

— Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (*Soc. de psychiatrie*, juillet 1920).

— Troubles mentaux dans la maladie de Parkinson (Réunion neurolog. annuelle, juin 1921).

— Suites éloignées de certains troubles mentaux post-encéphalitiques (*Soc. médica-psychologique*, 27 février 1922).

G. DE CLÉRAMBAULT. — Le diagnostic différentiel des

- délires de cause chloralique (*Annales médico-psychologiques*, 1909).
- Notes sur l'éthérisme (*Archives de neurologie*, 1910).
- A. COLLIN. — Procédé de recherche de la résistance à la fatigue chez l'enfant (*Gazette des hôpitaux*, 20 juin 1911).
- Le développement de l'enfant. Retard simple essentiel et précocité de l'enfant de 2 à 4 ans (1 vol., O. Doin, 1914).
- DECROLY. — Examen des enfants anormaux (III^e Congrès international de neurologie et de psychiatrie, Gand, août 1913).
- A. DEVAUX ET B.-J. LOGRE. — *Les Anxieux* (1 vol., Masson, 1917).
- E. DUPRÉ ET MERKLEN. — La débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale et l'insuffisance pyramidale physiologique du premier âge (XIX^e Congrès d'alién. et neurologistes, Nantes, 1909).
- E. DUPRÉ. — *Débilité et déséquilibration motrices* (*Paris médical*, oct. 1913, n^o 14).
- Leçon inaugurale. Les déséquilibres constitutionnels du système nerveux (*Paris médical*, 11 Janvier 1919).
- *La mythomanie* (*Bulletin médical*, 1905).
- E. DUPRÉ ET LOGRE. — *Hystérie et mythomanie* (Congrès d'Amiens, 1912).
- E. DUPRÉ. — *Psychopathies organiques* in *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert-Ballet,

- J. FABRET. — *De l'état mental des épileptiques* (Paris, 1861).
- FÉRÉ. — *Les épilepsies et les épileptiques* (Paris, Alcan, 1890).
- P. GARNIER. — *La folie à Paris* (1 vol., 1890).
- G. HEUYER. — *Enfants anormaux et délinquants juvéniles* (thèse, Paris, 1912).
- KRÖPELIN. — *Psychiatrie* (3 vol., Leipzig, 1909).
- LAIGNEL-LAVASTINE, ANDRÉ BARBÉ ET A. DELMAS. — *La pratique psychiatrique* (1 vol., Baillière, 1919).
- LAIGNEL-LAVASTINE, TRÉTIAKOFF ET JORGOULESCO. — *Lésions du corps strié « plaques cyto-graisseuses », et altérations vasculaires dans trois cas de démence précoce hébéphrénocatatonique* (*L'encéphale*, mars 1922).
- LAIGNEL-LAVASTINE ET LOGRE. — *Hébéphrénocatatonie et encéphalite léthargique* (*Soc. de psychiatrie*, 17 juin 1920).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *La neurologie française en 1921*. (*La Médecine*, février 1922).
- J. LHERMITTE. — *Les syndromes physiopathologiques du corps strié* (*Paris médical*, 2 oct. 1920).
- B.-J. LOGRE. — *Deux cas d'encéphalite léthargique avec syndrome psychique ressemblant au Syndrome hébéphrénocatatonique* (*Soc. de psychiatrie*, 17 juin 1920).
- B.-J. LOGRE. — *La conscience de l'état morbide chez les psychopathes* (*Rapp. au Congrès de Luxembourg*, 1921).

- B.-J. LOGRE. — *Etat mental des hystériques. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (Psychiatrie, tome I).*
- A. MAIRET ET J. MARGAROT. — *La démence précoce* (Dubois et Bauer, 1920).
- E. RÉGIS. — *Précis de psychiatrie* (1 vol., O. Doin, 1914).
- E. RÉGIS ET HESNARD. — *La psycho-analyse des névroses et des psychoses* (Alcan, 1914).
- ROQUES DE FURSAC. — *Manuel de psychiatrie* (1 vol. Félix Alcan).
- G. ROUSSY ET BOISSEAU. — *Pronostic et traitement des troubles nerveux dits réflexes* (Soc. de neurol., 7 juin 1917).
- ROUSSY, BOISSEAU ET D'OELSNITZ. — *Sur l'influence du Facteur psychique dans la guérison des accidents psycho-nécrosiques de guerre* (Soc. de neurol., 5 juillet 1917).
- *Sur le traitement par la psychotérapie des acro-contractures et des acro-paralysies, à propos de 141 cas de mains figées et 56 cas de pieds bots varices* (Soc. de neurol., 8 nov. 1917).
- ANDRÉ THOMAS. — *De la nature des mouvements choréiques* (Presse médicale, 11 janvier 1922).
- Traité de pathologie et de thérapeutique appliquées* (Psychiatrie, 2 tomes, A. Maloine, 1921).
- CL. VINCENT. — *Sur le traitement et le pronostic des phénomènes pysiopathiques* (Soc. de neurol., 7 juin 1917).
-